

# 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

～御協力をお願い～

日頃、市政に御理解、御協力をいただき、誠にありがとうございます。

君津市では、高齢者の皆さまが住み慣れた地域で安心して暮らせるよう「君津市高齢者保健福祉計画 第8期介護保険事業計画」を策定し、生活支援施策や介護保険の適切な運営を推進しています。

この計画が令和5年度に終了することに伴い、次期計画を策定するための基礎資料として、計画の対象となる方の日頃の生活の様子や健康状態、介護サービスの利用状況等について実情を把握するため、アンケート調査を実施させていただくことになりました。

本調査は、令和5年1月1日現在、市内にお住まいの65歳以上の方を無作為に抽出し、御協力をお願いしております。

御回答いただいた内容は、計画策定のために利用させていただくものであり、回答者個人が特定されたり、個々の回答内容が漏れたり、ほかの目的に利用することはございません。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

令和5年2月

君津市長 石井 宏子

## 【ご記入に当たってのお願い】

(調査票・返信用封筒には氏名を記入しないでください。)

- 1 お答えは、あなた(あて名の御本人)のお考えに最も近いと思われる回答に  をつけてください。  
質問によっては、「回答は1つ」「いくつでも」など、 をつける数が異なりますので、ご注意ください。
- 2 御記入いただいた調査票は、3つ折りで同封の返信用封筒に入れ(切手不要)、

**令和5年3月6日(月)**までに、郵便ポストに投かんしてください。

この調査に関してのお問い合わせは、次のところまでお願いいたします。

君津市 福祉部介護保険課 介護推進係

TEL: 0439-56-1736

## 個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見させていただきます。

### 【個人情報の保護および活用目的について】

- この調査は、効果的な介護予防政策の立案と効果評価のために行うものです。本調査で得られた情報につきましては、市町村による介護保険事業計画策定の目的以外には利用いたしません。また当該情報については、市町村内で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理する市町村外のデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析するなど、個人が識別されない形で利用することがあります。

### 記入日

令和5年

月

日

### 調査票を記入されたのはどなたですか（回答は1つ）

◀①あて名のご本人が記入

◀②ご家族が記入

◀③その他

以下の問いにつきましては、あて名ご本人の情報をご記入ください。

### ① 年齢（回答は1つ）

◀①65～69歳

◀②70～74歳

◀③75～79歳

◀④80～84歳

◀⑤85～89歳

◀⑥90歳以上

### ② 性別（回答は1つ）

◀①男性

◀②女性

◀③回答しない

### ③ 居住地域（回答は1つ）

◀①君津地区

◀②小糸地区

◀③清和地区

◀④小櫃地区

◀⑤上総地区

### ④ 要支援認定等について（回答は1つ）

◀①受けていない

◀②要支援1

◀③要支援2

## あなたのご家族や生活状況について

### 問1 家族構成をお教えてください（回答は1つ）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀① 1人暮らし              | <input type="checkbox"/> ◀② 夫婦2人暮らし（配偶者 65歳以上） |
| <input type="checkbox"/> ◀③ 夫婦2人暮らし（配偶者 64歳以下） | <input type="checkbox"/> ◀④ 息子・娘との2世帯          |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤ その他                |  |

### 問2 あなたやあなたのご家族にひきこもり状態の方はいらっしゃいますか。また、ひきこもり状態の方に対して、どのような支援を期待しますか

#### ひきこもり状態の方の有無（回答は1つ）

- |                                   |                                  |                                     |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀① 10歳代  | <input type="checkbox"/> ◀② 20歳代 | <input type="checkbox"/> ◀③ 30～40歳代 |
| <input type="checkbox"/> ◀④ 50歳以上 | <input type="checkbox"/> ◀⑤ いない  |                                     |

※ひきこもり状態：仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせずに、6か月以上続けて自宅にひきこもっている状態。

#### 希望する支援方法（いくつでも）

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀① 当事者・家族の相談相手 | <input type="checkbox"/> ◀② 相談先窓口や家族会等の情報提供 |
| <input type="checkbox"/> ◀③ 当事者の居場所づくり  | <input type="checkbox"/> ◀④ 就労・就学支援         |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤ その他（ ）      |   |

### 問3 あなたはヤングケアラーという言葉を知っていますか（回答は1つ）

- |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀① 言葉も内容も知っている | <input type="checkbox"/> ◀② 言葉は聞いたことがある | <input type="checkbox"/> ◀③ 知らない |
|---|---|----------------------------------|

※ヤングケアラー：家族にケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポートなどを行っている、18歳未満の子どものこと。

### 問4 ヤングケアラーを支援するために、必要だと思うことはどのようなことですか（いくつでも）

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ◀① 本人の抱えている状況について相談できる場所            |
| <input type="checkbox"/> ◀② 家族の介護・介助の内容について相談できる場所           |
| <input type="checkbox"/> ◀③ 家族の病気や障害、ケアのことなどについてわかりやすく説明する場所 |
| <input type="checkbox"/> ◀④ 介護・介助のすべてをケアラーに代わって行うサービスの紹介     |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤ 介護・介助の一部をケアラーに代わって行うサービスの紹介      |
| <input type="checkbox"/> ◀⑥ 進路や就職など将来について相談できる場所             |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦ 学校の勉強や受験勉強など学習のサポート              |
| <input type="checkbox"/> ◀⑧ 家庭への経済的な支援                       |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨ その他（ ）                           |
| <input type="checkbox"/> ◀⑩ 特にない                             |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪ わからない                            |

問5 新型コロナウイルス感染症の流行を受けて、あなたの行動や意識に変化はありましたか  
(いくつでも)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①外出しなくなった       | <input type="checkbox"/> ◀②人と会わなくなった            |
| <input type="checkbox"/> ◀③人や物に触るのが怖くなった  | <input type="checkbox"/> ◀④不安になることが多くなった        |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤健康に気を付けるようになった | <input type="checkbox"/> ◀⑥人とのつながりの大切さを知ることができた |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他 ( )        | <input type="checkbox"/> ◀⑧特にない                 |

問6 あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか (回答は1つ)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①介護・介助は必要ない                                       |
| <input type="checkbox"/> ◀②何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない                         |
| <input type="checkbox"/> ◀③現在、何らかの介護を受けている<br>(介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む) |

【問6において「①介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

問6-① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか (いくつでも)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) | <input type="checkbox"/> ◀②心臓病              |
| <input type="checkbox"/> ◀③がん (悪性新生物)     | <input type="checkbox"/> ◀④呼吸器の病気 (肺気腫・肺炎等) |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤関節の病気 (リウマチ等)  | <input type="checkbox"/> ◀⑥認知症 (アルツハイマー病等)  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦パーキンソン病        | <input type="checkbox"/> ◀⑧糖尿病              |
| <input type="checkbox"/> ◀⑨腎疾患 (透析)       | <input type="checkbox"/> ◀⑩視覚・聴覚障害          |
| <input type="checkbox"/> ◀⑪骨折・転倒          | <input type="checkbox"/> ◀⑫脊椎損傷             |
| <input type="checkbox"/> ◀⑬高齢による衰弱        | <input type="checkbox"/> ◀⑭その他 ( )          |
| <input type="checkbox"/> ◀⑮不明             |   |

【問6において「③現在、何らかの介護を受けている」の方のみ】

問6-② 主にどなたの介護、介助を受けていますか (いくつでも)

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者 (夫・妻)   | <input type="checkbox"/> ◀②息子      |
| <input type="checkbox"/> ◀③娘           | <input type="checkbox"/> ◀④子の配偶者   |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤孫           | <input type="checkbox"/> ◀⑥兄弟・姉妹   |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦介護サービスのヘルパー | <input type="checkbox"/> ◀⑧その他 ( ) |

問7 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか (回答は1つ)

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①大変苦しい    | <input type="checkbox"/> ◀②やや苦しい    |
| <input type="checkbox"/> ◀③ふつう      | <input type="checkbox"/> ◀④ややゆとりがある |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤大変ゆとりがある |                                     |

問8 お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか（回答は1つ）

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①持家（一戸建て）     | <input type="checkbox"/> ◀②持家（集合住宅）     |
| <input type="checkbox"/> ◀③公営賃貸住宅       | <input type="checkbox"/> ◀④民間賃貸住宅（一戸建て） |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤民間賃貸住宅（集合住宅） | <input type="checkbox"/> ◀⑥借家           |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他          |   |

---

### からだを動かすことについて

---

問9 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか（回答は1つ）

- |                                      |                                       |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①できるし、している | <input type="checkbox"/> ◀②できるけどしていない | <input type="checkbox"/> ◀③できない |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

問10 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか（回答は1つ）

- |                                      |                                       |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①できるし、している | <input type="checkbox"/> ◀②できるけどしていない | <input type="checkbox"/> ◀③できない |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

問11 15分位続けて歩いていますか（回答は1つ）

- |                                      |                                       |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①できるし、している | <input type="checkbox"/> ◀②できるけどしていない | <input type="checkbox"/> ◀③できない |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

問12 過去1年間に転んだ経験がありますか（回答は1つ）

- |                                  |                                 |                               |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①何度もある | <input type="checkbox"/> ◀②1度ある | <input type="checkbox"/> ◀③ない |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|

問13 転倒に対する不安は大きいですか（回答は1つ）

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①とても不安である | <input type="checkbox"/> ◀②やや不安である |
| <input type="checkbox"/> ◀③あまり不安でない | <input type="checkbox"/> ◀④不安でない   |

問14 週に1回以上は外出していますか（回答は1つ）

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①ほとんど外出しない | <input type="checkbox"/> ◀②週1回   |
| <input type="checkbox"/> ◀③週2～4回     | <input type="checkbox"/> ◀④週5回以上 |

問15 昨年と比べて外出の回数が減っていますか（回答は1つ）

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①とても減っている  | <input type="checkbox"/> ◀②減っている  |
| <input type="checkbox"/> ◀③あまり減っていない | <input type="checkbox"/> ◀④減っていない |

問16 外出を控えていますか（回答は1つ）

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①はい | <input type="checkbox"/> ◀②いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

【問 16 で「①はい」(外出を控えている)の方のみ】

問 16-① 外出を控えている理由は、次のどれですか (いくつでも)

<input type="checkbox"/> ◀①病気	<input type="checkbox"/> ◀②障害 (脳卒中 <sup>しょうがいのうそちゅう</sup> の後遺症 <sup>こういししょう</sup> など)
<input type="checkbox"/> ◀③足腰などの痛み	<input type="checkbox"/> ◀④トイレの心配 (失禁など)
<input type="checkbox"/> ◀⑤耳の障害 (聞こえの問題など)	<input type="checkbox"/> ◀⑥目の障害
<input type="checkbox"/> ◀⑦外での楽しみがない	<input type="checkbox"/> ◀⑧経済的に出られない
<input type="checkbox"/> ◀⑨交通手段がない	<input type="checkbox"/> ◀⑩その他 ( )

問 17 外出する際の移動手段は何ですか (いくつでも)

<input type="checkbox"/> ◀①徒歩	<input type="checkbox"/> ◀②自転車
<input type="checkbox"/> ◀③バイク	<input type="checkbox"/> ◀④自動車 (自分で運転)
<input type="checkbox"/> ◀⑤自動車 (人に乗せてもらう)	<input type="checkbox"/> ◀⑥電車
<input type="checkbox"/> ◀⑦路線バス	<input type="checkbox"/> ◀⑧病院や施設のバス
<input type="checkbox"/> ◀⑨車いす	<input type="checkbox"/> ◀⑩電動車いす (カート)
<input type="checkbox"/> ◀⑪歩行器・シルバーカー	<input type="checkbox"/> ◀⑫タクシー
<input type="checkbox"/> ◀⑬その他 ( )	

## 食べることについて

### 問 18 身長・体重

身長	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	kg
----	----------------------	----	----	----------------------	----

### 問 19 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

### 問 20 お茶や汁物等でむせることがありますか（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

### 問 21 口の渇きが気になりますか（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

### 問 22 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

### 問 23 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください（回答は1つ） （成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です）

<input type="checkbox"/> ◀①自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用
<input type="checkbox"/> ◀②自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし
<input type="checkbox"/> ◀③自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用
<input type="checkbox"/> ◀④自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし

### 問 23-① 噛み合わせは良いですか（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

【問 23 で「①自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「③自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】

### 問 23-② 毎日入れ歯の手入れをしていますか（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

### 問 24 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①はい	<input type="checkbox"/> ◀②いいえ
-------------------------------	--------------------------------

### 問 25 どなたかと食事をとる機会がありますか（回答は1つ）

<input type="checkbox"/> ◀①毎日ある	<input type="checkbox"/> ◀②週に何度かある	<input type="checkbox"/> ◀③月に何度かある
<input type="checkbox"/> ◀④年に何度かある	<input type="checkbox"/> ◀⑤ほとんどない	

---

## 毎日の生活について

---

問 26 物忘れが多いと感じますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 27 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 28 今日が何月何日かわからない時がありますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 29 バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）（回答は1つ）

◀①できるし、している  ◀②できるけどしていない  ◀③できない

問 30 自分で食品・日用品の買物をしていますか（回答は1つ）

◀①できるし、している  ◀②できるけどしていない  ◀③できない

問 31 自分で食事の用意をしていますか（回答は1つ）

◀①できるし、している  ◀②できるけどしていない  ◀③できない

問 32 自分で請求書の支払いをしていますか（回答は1つ）

◀①できるし、している  ◀②できるけどしていない  ◀③できない

問 33 自分で預貯金の出し入れをしていますか（回答は1つ）

◀①できるし、している  ◀②できるけどしていない  ◀③できない

問 34 年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 35 新聞を読んでいますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 36 本や雑誌を読んでいますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 37 健康についての記事や番組に関心がありますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ



問 38 友人の家を訪ねていますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 39 家族や友人の相談にのっていますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 40 病人を見舞うことができますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 41 若い人に自分から話しかけることがありますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 42 趣味はありますか（回答は1つ）

◀①趣味あり → ( )

◀②思いつかない

問 43 生きがいがありますか（回答は1つ）

◀①生きがいあり → ( )

◀②思いつかない

## 地域の活動について

問 44 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか  
※① - ⑧それぞれに回答してください

	週 4回以上	週 2～3回	週1回	月 1～3回	年に 数回	参加して いない
① ボランティアのグループ	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
② スポーツ関係のグループやクラブ	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
③ 趣味関係のグループ	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
④ 学習・教養サークル	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
⑤ 介護予防のための通いの場 (自治会館等で実施する健康体操)	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
⑥ 老人クラブ	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
⑦ 町内会・自治会	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥
⑧ 収入のある仕事	<input type="checkbox"/> ◀①	<input type="checkbox"/> ◀②	<input type="checkbox"/> ◀③	<input type="checkbox"/> ◀④	<input type="checkbox"/> ◀⑤	<input type="checkbox"/> ◀⑥

問 45 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか（回答は1つ）

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①是非参加したい | <input type="checkbox"/> ◀②参加してもよい  |
| <input type="checkbox"/> ◀③参加したくない | <input type="checkbox"/> ◀④既に参加している |

問 46 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか（回答は1つ）

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①是非参加したい | <input type="checkbox"/> ◀②参加してもよい  |
| <input type="checkbox"/> ◀③参加したくない | <input type="checkbox"/> ◀④既に参加している |

## たすけあいについて

あなたとまわりの人の「たすけあい」についておうかがいします

### 問 47 あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（いくつでも）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者               | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども      |
| <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども            | <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣                | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人          |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（            ） | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない  |

### 問 48 反対に、あなたが心配事や愚痴（ぐち）を聞いてあげる人（いくつでも）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者               | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども      |
| <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども            | <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣                | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人          |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（            ） | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない  |

### 問 49 あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人（いくつでも）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者               | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども      |
| <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども            | <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣                | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人          |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（            ） | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない  |

### 問 50 反対に、看病や世話をしてあげる人（いくつでも）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ◀①配偶者               | <input type="checkbox"/> ◀②同居の子ども      |
| <input type="checkbox"/> ◀③別居の子ども            | <input type="checkbox"/> ◀④兄弟姉妹・親戚・親・孫 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤近隣                | <input type="checkbox"/> ◀⑥友人          |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他（            ） | <input type="checkbox"/> ◀⑧そのような人はいない  |

### 問 51 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください（いくつでも）

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①自治会・町内会・老人クラブ | <input type="checkbox"/> ◀②社会福祉協議会・民生委員 |
| <input type="checkbox"/> ◀③ケアマネジャー       | <input type="checkbox"/> ◀④医師・歯科医師・看護師  |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤地域包括支援センター・役所 | <input type="checkbox"/> ◀⑥その他          |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦そのような人はいない    |   |

問 52 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか（回答は1つ）

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①毎日ある    | <input type="checkbox"/> ◀②週に何度かある |
| <input type="checkbox"/> ◀③月に何度かある | <input type="checkbox"/> ◀④年に何度かある |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤ほとんどない  |                                    |

問 53 この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか（回答は1つ）  
同じ人には何度会っても1人と数えることとします。

- |                                    |                                  |                                 |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ◀①0人（いない） | <input type="checkbox"/> ◀②1～2人  | <input type="checkbox"/> ◀③3～5人 |
| <input type="checkbox"/> ◀④6～9人    | <input type="checkbox"/> ◀⑤10人以上 |                                 |

問 54 よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか（いくつでも）

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ◀①近所・同じ地域の人  | <input type="checkbox"/> ◀②幼なじみ           |
| <input type="checkbox"/> ◀③学生時代の友人    | <input type="checkbox"/> ◀④仕事での同僚・元同僚     |
| <input type="checkbox"/> ◀⑤趣味や関心が同じ友人 | <input type="checkbox"/> ◀⑥ボランティア等の活動での友人 |
| <input type="checkbox"/> ◀⑦その他        | <input type="checkbox"/> ◀⑧いない            |



問 62 この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 63 お酒は飲みますか（回答は1つ）

◀①ほぼ毎日飲む

◀②時々飲む

◀③ほとんど飲まない

◀④もともと飲まない

問 64 タバコは吸っていますか（回答は1つ）

◀①ほぼ毎日吸っている

◀②時々吸っている

◀③吸っていたがやめた

◀④もともと吸っていない

問 65 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか（いくつでも）

◀①ない

◀②高血圧

◀③脳卒中（のうそっちゅう 脳出血・のうしゅっけつ 脳梗塞等）

◀④心臓病

◀⑤糖尿病

◀⑥高脂血症（こうしけっしょう 脂質異常）

◀⑦呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）

◀⑧胃腸・肝臓・胆のうの病気

◀⑨腎臓・じんぞう 前立腺ぜんりつせんの病気

◀⑩筋骨格の病気（きんこつかく 骨粗しょう症、こつそ 関節症等）

◀⑪外傷（がいしょう 転倒・てんとう 骨折等）

◀⑫がん（悪性新生物）

◀⑬血液・めんえき 免疫の病気

◀⑭うつ病

◀⑮認知症（にんちしょう アルツハイマー病等）

◀⑯パーキンソン病

◀⑰目の病気

◀⑱耳の病気

◀⑲その他（

）

---

---

## 認知症にかかる相談窓口の把握について

---

---

問 66 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

問 67 認知症に関する相談窓口を知っていますか（回答は1つ）

◀①はい

◀②いいえ

---

---

## 生活支援について

---

---

問 68 日常的に受けたいと思う支援はありますか（いくつでも）

◀①安否確認の声かけ

◀②心配ごとなどの相談相手

◀③買い物の手伝い

◀④家事の手伝い

◀⑤外出の手伝い

◀⑥ゴミ出しの手伝い

◀⑦急病になった時の看病

◀⑧介護を必要とする人の短時間の預かり

◀⑨認知症などの高齢者の見守り

◀⑩災害時の手助け

◀⑪その他（

） ◀⑫特にない

■■■アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。■■■